



23.2.2015

Bearbeitet von

Dr. Irene Vorholz/DLT
irene.vorholz@landkreistag.de

Dr. Uda Bastians/DST
uda.bastians@staedtetag.de

Sozialraumorientierte Pflege stärken **durch wirkungsvolle Einbeziehung der Kommunen**

Vorschlag für die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege

Der Koalitionsvertrag für die 18. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages hat den Weg zu einer notwendigen Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege eröffnet. Internationale Vergleiche und erfolgreiche Modellprojekte in Deutschland belegen, dass die Versorgungsqualität und die Stärkung ambulanter Pflegesettings von einer starken Rolle der Kommunen positiv beeinflusst werden können.

Bereits heute leisten die Kommunen wichtige Beiträge zur Pflege und Pflegevermeidung. Für ältere und alte Menschen, pflegebedürftige und/oder behinderte Menschen und ihre Familien erbringen sie umfangreiche Unterstützung, beginnend mit der Altenhilfe, der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, über Beratungs- und Koordinierungsstellen, familienentlastende und familienunterstützende Hilfen, das bürgerschaftliche Engagement, die kommunalen Krankenhäuser und den öffentlichen Gesundheitsdienst sowie die rechtliche Betreuung bis hin zum Wohnumfeld und zur Nutzbarkeit des Öffentlichen Personennahverkehrs.

Den Kommunen stehen im Bereich Pflege nur geringe Gestaltungsmöglichkeiten gegenüber. Die Kommunen sind unzureichend in Planung, Beratung und Entscheidung eingebunden. Vielmehr wird durch die Proklamation der Versorgung pflegebedürftiger Menschen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe in § 8 SGB XI die Zuordnung konkreter Verantwortlichkeiten vermieden.

Die Kommunen sind – unter Berücksichtigung der Zuständigkeiten in den Ländern – bereit, in diesem wichtigen Feld der Versorgung ihrer Bevölkerung eine stärkere Rolle zu übernehmen. Sie sind aufgrund ihrer Kenntnisse und angrenzender originärer Zuständigkeiten auch dafür geeignet. Voraussetzung für ein Tätigwerden ist eine entsprechende Finanzausstattung. Bei Übertragung neuer Verpflichtungen kommen die landesverfassungsrechtlichen Konnexitätsprinzipien zum Tragen.

Für eine stärkere Rolle der Kommunen in der Pflege könnte gesetzgeberisch auf zwei Ebenen angesetzt werden.

I. Grundsätzliche Regelungen zur besseren Verknüpfung kommunaler Aufgaben und Leistungen mit der Pflegeversicherung

Zunächst kommen grundsätzliche Regelungen zur besseren Verknüpfung kommunaler Aufgaben und Leistungen mit der Pflegeversicherung in Betracht.

Ohne dass es sich hierbei um eine abschließende Aufzählung handelt, wurden im bisherigen Beratungsprozess verschiedene Ansatzpunkte identifiziert:

1. Es bedarf gesetzlicher Grundlagen für eine wirkungsvolle kommunale Pflegeplanung im SGB XI, ggf. SGB XII sowie in den jeweiligen Landesgesetzen. Die kommunale Planung muss maßgeblichen Einfluss auf die Versorgungslandschaft nehmen können, etwa durch die verpflichtende Berücksichtigung beim Zulassungsverfahren nach § 72 SGB XI.
2. Für die Planung bedarf es kleinräumiger Daten zur Inanspruchnahme der Leistungen nach dem SGB XI, etwa auf Basis der amtlichen Gemeindeganzahlen.
3. Für die Bewertung, was eine bedarfsgerechte Versorgungsstruktur ist, bedarf es der Verständigung auf geeignete Indikatoren, auch wenn diese aufgrund der unterschiedlichen Situationen vor Ort nicht vollkommen einheitlich sein können.
4. Im Vertragsgeschehen sind die Sozialhilfeträger gleichberechtigt zu den Pflegekassen einzubeziehen.

II. Weitere Schritte zur Verzahnung kommunaler Leistungen mit der Pflegeversicherung: „Modellkommunen Pflege“

In einem ganzheitlichen Beratungsansatz liegt der Schlüssel zu einer neutralen, den Bedürfnissen und Wünschen der Menschen vor Ort entsprechenden umfassenden Beratung, die einen wesentlichen Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements und zur Effizienz des Gesamtsystems leistet. Gleichzeitig bewirkt eine neutrale Beratung die Inanspruchnahme präferierter Leistungen und stellt damit einen guten Steuerungsansatz zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen dar, ohne in das eigentliche Marktgeschehen einzugreifen.

Daher soll für interessierte kreisfreie Städte und Landkreise, die durch ihre Verantwortung für die Sozialhilfe, insbesondere die Hilfe zur Pflege, und freiwillige Angebote bereits ein hohes Niveau kommunaler Planung, sozialer Intervention und kooperativer Abstimmung der Leistungsbereitstellung erreicht haben, die Möglichkeit eröffnet werden, auf vertraglicher Basis weitere Schritte zur Verzahnung der kommunalen Leistungen mit der Sozialversicherung zu gehen. Die Beteiligung kreisangehöriger Städte und Gemeinden richtet sich nach Landesrecht. Doppel- oder Parallelstrukturen sind zu vermeiden.

Diese „Modellkommunen Pflege“ schließen mit den Pflegekassen/Krankenkassen vor Ort Kooperationsverträge über die konkrete Umsetzung vor Ort:

1. Regelungsziele:
 - a. Sicherstellung bestimmter Aufgaben in alleiniger Verantwortung oder in kommunaler Federführung bei entsprechender Finanzierung durch die Pflegekasse, z. B. der Pflegeberatung gem. §§ 7, 7a SGB XI, der Beratung in der eigenen Häuslichkeit gem. § 37 Abs. 3 SGB XI i. V. m. präventiven Hausbesuchen, der Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen, der Pflegestützpunkte bzw. vergleichbare Beratungsangebote.
 - b. Verzahnung mit der kommunalen Infrastruktur und den kommunalen Leistungen zur Pflege und Pflegevermeidung; hierfür kommen z. B. die Altenhilfe, die Hilfe zur Pflege und die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, das bürgerschaftliche Engagement, der öffentliche Gesundheitsdienst, die rechtliche Betreuung sowie die Nutzbarkeit des Öffentlichen Personennahverkehrs in Betracht.
 - c. Fragen der Mischverwaltung stellen sich nicht, bei alleiniger Verantwortung der Kommune ohnehin nicht, bei kommunaler Federführung nicht, da keine Leistungsbescheide

erlassen werden. Es ist vielmehr der Normalfall des SGB XI, dass sich die Pflegekassen Dritter bedienen. Daher erfolgen weder Eingriffe in das Marktgeschehen noch in Ansprüche der Versicherten.

2. Verfahren:

- a. Die Länder werden ermächtigt, geeignete kreisfreie Städte und Landkreise auf Antrag als Modellkommunen zuzulassen.
- b. Die Anforderungen an die „Geeignetheit“ sind von den Ländern, ggf. mit allgemeinen Vorgaben des Bundes, vorab zu bestimmen. Dabei können auch Anreize vorgesehen werden, damit sich Kommunen auf den Weg machen, ihre Angebots- und Beratungsstruktur weiterzuentwickeln.
- c. Die antragstellenden Kommunen legen in ihrem Antrag konzeptionell dar, wie sie die Regelungsziele erreichen wollen.
- d. Die Pflegekassen werden gesetzlich verpflichtet, mit den Modellkommunen einen Kooperationsvertrag abzuschließen (Kontrahierungsgebot). Alternative: 3 Monate Erklärungsfrist, bei Nichteinigung nach 6 Monaten: Konfliktlösungsregelung auf Landesebene. Verhandlungspartner ist die örtliche Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassen nach § 12 SGB XI, die verbindlich einzurichten ist. Allgemeinverbindlichkeitserklärung für alle Kassen vor Ort nach Prüfung durch die Aufsichtsbehörde.

3. Vertragsinhalt:

- a. Gebiet
- b. Umfang und Qualität wohnortnaher Beratungs- und Case Management-Stellen
Dabei wird der Umgang mit bestehenden Angeboten (Pflegestützpunkt, Beratungsstellen Dritter) verabredet, sei es dass die operative Umsetzung auf die Modellkommune übergeht, sei es dass funktionierende Angebote kooperierend einbezogen werden. Wie bislang können auch zukünftig unterschiedliche Beratungsangebote nebeneinander bestehen; auch bleiben Beratungen nach anderen Gesetzen (z. B. SGB I) unberührt.
- c. Vorgehensweise bei Teilhabe- und Versorgungsplänen
- d. von den Partnern einzubringende Ressourcen: Personal, Finanzmittel, Sachmittel
Für eine kalkulierbare Finanzierung der von den Pflegekassen zu übernehmenden Aufgaben sollen im Bereich des Kooperationsvertrages die Leistungen für Beratung, Case Management, Versorgungspläne etc. prospektiv pauschaliert werden und für die Pflegekassen wettbewerbsneutral als Leistungsausgaben gebucht werden.
Die Modellkommune bringt ihre vielfältigen unter 1b. genannten Leistungen sowie – soweit vorhanden – ihre freiwilligen Leistungen ein.

4. Laufzeit: zunächst 5 Jahre.

5. Implementation und Evaluation durch Fördermittel des Bundes und der Länder.

6. Gesetzliche Umsetzung: durch eine Öffnungsklausel/Ermächtigungsgrundlage im SGB XI und Folge Regelungen im Landesrecht.

III. Kranken- und Pflegeversicherungspflicht für Alle

Darüber hinaus ist endlich der Ausschluss einer Teilmenge der Empfängerinnen und Empfänger von Fürsorgeleistungen aus der Kranken- und Pflegeversicherungspflicht zu beenden und diese Menschen in die Solidargemeinschaft mit einzubeziehen. Die vorliegenden Vorschläge sollen alle betroffenen Menschen erreichen, nicht nur die heutigen Versicherten.